Éléphantiasis et Filariose

N° 41
7

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Mars 1904

PAR

J. VERMEIL

Né à Neuilly-sur-Marne, le 16 août 1876

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS (*Médaille de bronze de l'Assistance publique*)

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL MUSULMAN DE TUNIS

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
FORGUE . . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. RAYMOND, *agrégé.*
DUCAMP, *professeur.*	VEDEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

J. VERMEIL.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ET D'APPAREILS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LAENNEC

MONSIEUR LE DOCTEUR TROISIER

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT

MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MONSIEUR LE DOCTEUR MONOD

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT ANTOINE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANSELME

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL HÉROLD

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUNSWIC LE BIHAN

MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL MUSULMAN DE TUNIS

J. VERMEIL.

MEIS ET AMICIS

J. VERMEIL.

INTRODUCTION

Sous le nom d'*éléphantiasis*, les médecins anciens, les latins au moins, ont probablement confondu deux maladies essentiellement différentes : l'une, bien connue des Grecs, est admirablement décrite par Arétée ; l'autre, aussi ancienne peut-être que la première, à peu près passée sous silence par les auteurs grecs, mal décrite par les latins, a été bien étudiée par les médecins arabes qui lui donnèrent aussi le nom d'éléphantiasis, tout en la distinguant très bien de l'éléphantiasis des Grecs.

Cette même dénomination pour deux maladies si différentes a été la source de déplorables confusions de la part des auteurs qui ont écrit sur ces maladies, les uns sans les avoir observées complètement toutes deux, les autres en traduisant, résumant ou commentant les écrits de leurs devanciers. Maintenant la distinction est faite entre ces deux maladies et le nom d'éléphantiasis doit être réservé à la maladie décrite par les Arabes, au *dhà el fil*, qui seule, lorsqu'elle est fixée sur un membre, surtout le membre inférieur, rappelle la jambe lourde et cylindrique de l'éléphant.

ÉLÉPHANTIASIS

ET FILARIOSE

DÉFINITION

L'éléphantiasis des Arabes est une affection à marche chronique, fréquente surtout dans les pays chauds, caractérisée par une altération hypertrophique du derme et des tissus sous-jacents, localisée principalement aux membres inférieurs ou aux organes génitaux, produite par des inflammations du système lymphatique se montrant par paroxysmes, sans périodicité régulière, et dont le dernier terme est une déformation quelquefois monstrueuse des parties atteintes.

Telle est la définition que Brassac donnait de l'éléphantiasis en 1886 ; il faut maintenant y ajouter une caractéristique étiologique, à savoir que l'éléphantiasis est une des manifestations morbides qu'engendre la filaire du sang. Cette notion étiologique est à peu près nettement établie aujourd'hui et il est impossible d'étudier l'éléphantiasis sans s'occuper de la filariose.

Comme dans ce court travail nous ne voulons nous occuper que d'une seule des manifestations filariennes, nous serons assez bref sur le parasite et nous insisterons sur les rapports qui existent entre la filariose et l'éléphantiasis et qui font que l'un est la conséquence de l'autre.

SYNONYMIE ET CLIMATOLOGIE

L'affection qui nous occupe a reçu différents noms suivant les pays où elle a été observée, suivant les idées des auteurs sur sa nature et aussi suivant les parties du corps où elle se développe : *elephas morbus* de Lucrèce, *dhà el fil* ou *éléphantiasis* de Rhazès, *elephantia arabum* (Vogel), *elephantopus* (Swiedaur), *maladie glandulaire des Barbades* (Hillary et Hendy), *pérical* ou *andrum* des Japonais, suivant que le mal siège aux jambes ou aux bourses, *lèpre tuberculeuse éléphantine* d'Alibert, *fièvre érysipélateuse* d'Hofmann et Sennert, *pachydermie* (Fuchs), *bucnemia indica tropica* de Mason Good, *spargosis cellulo areolaris* d'Erasmus Wilson, *œdème asarque* de Clot Bey et Séverin, *pédarthrocace* de Kœmpfer, etc., etc.

Cette abondance de noms prouve que l'affection est assez répandue; le domaine géographique de l'éléphantiasis est en effet très étendu : c'est surtout dans les zones intertropicales et circatropicales que la maladie est commune, c'est là aussi qu'elle se présente avec les développements les plus extrêmes.

Asie. — L'éléphantiasis s'observe sur quelques points de l'Asie mineure, de l'Arménie, de la Syrie et de la Mé-

sopotamie ; très rare dans les contrées du nord de l'Asie occidentale, il serait endémique, sans être très fréquent, en Arabie et sur le littoral du golfe Persique. On le trouve très fréquemment dans l'Inde inférieure, sur les côtes du bas Bengale, de Coromandel et de Malabar, principalement dans les districts d'Orriza, d'Ougli, Pondichéry, Cochin, sur les côtes sud de Ceylan et aux îles Laquedives. Dans certaines de ces régions le dixième de la population indigène est frappé ; mais, fait digne de remarque, la zone du littoral seule est atteinte.

D'après les médecins anglais, l'éléphantiasis serait rare dans l'Inde supérieure, mais reprendrait de la fréquence sur le littoral de l'Indo-Chine, de la Chine et sur quelques points du Japon.

Océanie. — Tous les archipels océaniens sont touchés par l'éléphantiasis : aux îles de la Société (Raiatea et Moorea surtout) la moitié de la population est éléphantiasique. Plus rare en Nouvelle-Calédonie et en Australie, il est exceptionnel en Tasmanie et en Nouvelle-Zélande.

Afrique. — On peut dire que l'éléphantiasis règne endémiquement sur presque toute la zone du littoral de l'immense continent africain, ainsi que dans beaucoup de contrées de l'intérieur. On l'observe surtout dans la basse Egypte, en Abyssinie, à Zanzibar, au Mozambique et autour des grands lacs de l'intérieur, à Madagascar et dans toutes les îles africaines situées sous les tropiques (Socotora, les Seychelles, Maurice, la Réunion, Sainte-Hélène), au Cap, au Gabon, à la Côte-d'Or, de Guinée, en Sénégambie, au Soudan. La côte nord de l'Afrique n'en

est pas exempte et la fréquence augmente à mesure que l'on se rapproche de l'Egypte.

Amérique. — Sur le nouveau continent, l'endémie ne se montre guère qu'à partir du littoral de la Louisiane et devient de plus en plus fréquente en descendant vers le golfe du Mexique et l'Amérique centrale. Très fréquente dans les Antilles, elle l'est un peu moins sur les côtes du Vénézuela, des Guyanes, du Brésil, où on l'observe en raison directe de la proximité du littoral et de l'élévation de la température (Saint-Hilaire, Rendu).

Sur les côtes du Pacifique, la maladie ne dépasse pas les lignes tropicales.

SYMPTOMATOLOGIE

On a l'habitude de décrire à l'éléphantiasis deux périodes : la première, dite prodromique, caractérisée par de véritables crises lymphangitiques ; l'autre, où la maladie est confirmée et au cours de laquelle on observe des déformations.

Pour nous, les signes prodromiques constituent le vrai début de la maladie et la première crise lymphangitique est le commencement de cette affection très longue, puisqu'on la compte par années. Il nous semble plus rationnel de considérer ainsi l'éléphantiasis plutôt que de lui reconnaître une période prodromique pouvant durer dix ans.

Quoi qu'il en soit, les premiers symptômes surviennent brusquement, quelquefois sans cause occasionnelle appréciable, le plus souvent à la suite d'une fatigue, d'une marche forcée, d'une insolation, d'une violence extérieure déterminant une contusion, une plaie ou le réveil inflammatoire d'une affection chronique de la peau et des parties sous-jacentes.

C'est d'abord un malaise avec frisson plus ou moins violent suivi, après une heure ou deux, d'une fièvre intense de 24 ou 48 heures avec ou sans rémissions, accompagnée de céphalalgie et de vomissements. En même temps que le frisson, le malade éprouve des douleurs plus

ou moins vives dans la région où le mal va éclater : la partie est chaude et se tuméfie assez rapidement ; la rougeur qui apparaît est tantôt uniforme, tantôt en plaques ou marbrures. En un mot, on assiste à une véritable lymphangite qui se termine souvent par des sueurs abondantes ; la douleur et la rougeur disparaissent avant le gonflement. En quinze jours, tout est rentré dans l'ordre, le malade se croit guéri et le médecin peu habitué à la marche de cette affection peut croire, lui aussi, à une simple lymphangite définitivement jugée.

Tel est le premier accès éléphantiasique dans sa forme la plus habituelle ; à un intervalle plus ou moins éloigné se produit un nouvel accès à peu près semblable, c'est ainsi que l'on en compte de deux à six par an.

Après chaque attaque, la partie atteinte tend à reprendre son volume normal, mais n'y arrive pas complètement. Quand le membre est déformé, la maladie entre dans sa période chronique. Les accès deviennent alors moins violents dans leurs symptômes généraux, ils s'espacent de plus en plus pour disparaître à peu près complètement ; par contre, l'hypertrophie et la déformation gagnent de plus en plus.

Les ganglions lymphatiques, dont l'inflammation et la tuméfaction n'avaient été d'abord que passagères, conservent, en dehors des accès, un certain volume et forment des bubons indolents quelquefois énormes.

Partout où le tissu cellulaire est condensé, comme aux plis articulaires, l'hypertrophie est modérée et contraste avec les parties voisines. La peau peut rester longtemps lisse, luisante, ou bien ne paraître altérée que dans sa coloration et varier de la simple rougeur érythémateuse au brun noirâtre foncé. Le plus souvent, il se fait des altérations spéciales de surface, soit épidermiques, soit

profondes. Tantôt les papilles, augmentées de volume, forment un chevelu fin imitant le velours, tantôt ces saillies papillaires circonscrites par des sillons sinueux offrent l'aspect de crevasses. D'autres fois, le tissu cellulaire hypertrophié semble divisé en lobes plus ou moins réguliers; outre ces lobes, on peut trouver dans le tissu cellulaire sous-cutané des nodosités qui ne sont autres que des indurations hypertrophiques partielles de ce tissu.

Quelques-unes de ces formes anatomiques peuvent être exagérées, modifiées ou masquées chez des individus misérables ne prenant aucun soin de propreté. Par suite du frottement de la chaussure ou des vêtements ou à la suite d'un léger traumatisme, il peut se produire une plaie par laquelle s'écoule la lymphe. Si cette plaie est abondonnée à elle-même, la sérosité s'accumulera et ne tardera pas à infecter les parties voisines qui s'ulcèreront pour donner issue à une sanie d'odeur repoussante.

Les auteurs ont décrit de nombreuses formes d'éléphantiasis suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, suivant les complications, suivant le siège et l'aspect des tumeurs.

C'est ainsi que Duchassaing oppose à la forme fébrile la forme apyrétique; Webb a décrit une forme chronique d'emblée; nous citerons encore les éléphantiasis erratique, phlegmoneux, gangréneux, paralytique, signalés par Duchassaing.

Virchow admettait 6 formes d'éléphantiasis : l'éléphantiasis mou, l'éléphantiasis dur, l'éléphantiasis congénital, l'éléphantiasis ulcéreux, l'éléphantiasis endémique et l'éléphantiasis lymphatique. Cette classification est véritablement trop artificielle et, pour l'établir, il a fallu que Virchow vît bien peu d'éléphantiasis; en effet, un éléphantiasis endémique, c'est-à-dire le plus banal, est, sur le

même individu, tantôt dur, tantôt mou, il peut s'ulcérer pour laisser s'écouler la lymphe et par conséquent passer successivement par cinq des formes imaginées par Virchow. Nous ne parlons pas de l'éléphantiasis congénital, qui est extrêmement discuté et généralement peu admis.

Le besoin d'une classification pour les éléphantiasis ne se fait d'ailleurs pas sentir et l'on peut faire une bonne description de cette affection en étudiant successivement l'éléphantiasis des diverses parties du corps suivant l'ordre de fréquence, c'est-à-dire : membres inférieurs, organes génitaux, mamelles, membres supérieurs et enfin éléphantiasis exceptionnels.

Éléphantiasis des membres inférieurs. — Il n'occupe en général qu'un seul membre, et si les deux sont atteints, il est rare qu'ils le soient en même temps. L'affection se localise le plus souvent à la jambe, au pied, mais on peut la voir se propager à la cuisse et même envahir la hanche.

Le début est marqué par le gonflement ganglionnaire de la région inguinale et du creux poplité, puis apparaissent des traînées rouges sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, en un mot une lymphangite du membre inférieur se développe. Si le membre tout entier doit être atteint, le gonflement gagne de bas en haut et persiste partout ; si au contraire l'éléphantiasis doit être localisé à la jambe et au pied, et c'est là le cas le plus fréquent, le gonflement œdémateux ne tarde pas à abandonner la cuisse pour se porter et se fixer sur la jambe à sa partie inférieure et à la région tibio-tarsienne, de sorte que le mollet n'est plus saillant ; la face dorsale du pied se prend à son tour et fait une saillie énorme qui contraste avec la forme presque normale de la face plantaire dont le tissu

cellulaire, très dense, est peu disposé à s'hypertrophier. Si considérable que devienne le membre, il y a toujours des plis profonds, de véritables étranglements au niveau des lignes articulaires.

Au bout d'un temps variable, la jambe prend la forme d'un cylindre épais et massif, d'un volume et d'un aspect monstrueux. Le pied lui-même est devenu une masse informe, dont le dos offre un vaste bourrelet, et ne s'aplatit un peu qu'au niveau des orteils qui ressortent plus ou moins de cette masse, lorsqu'ils ne participent pas, eux aussi, à l'épaississement général.

Quand le malade se tient debout, la jambe et le pied ne font qu'une seule et même masse et le membre mérite alors par son volume, sa forme et son aspect, aussi bien que par l'épaisseur et la rudesse de la peau, la dénomination de jambe d'éléphant.

La jambe peut atteindre des proportions énormes. Alibey cite un cas où le membre atteignait 87 centimètres de circonférence au niveau du mollet et 55 au dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

Hendy a observé une jambe mesurant 97 centimètres à sa partie moyenne.

Malgré le volume et le poids de ces membres ainsi hypertrophiés, les patients en sont moins incommodés qu'on ne le pense. La sensibilité est d'ailleurs un peu émoussée et le malade n'éprouve guère qu'une sensation de tension d'autant plus supportable qu'elle s'installe plus lentement.

Tant que la peau reste saine, l'affection est peu douloureuse, mais dès qu'elle est ulcérée il se forme des abcès qui, sur un membre en aussi mauvais état, ont vite fait de gagner en profondeur et de devenir extrêmement dangereux.

C'est alors que l'on peut voir apparaître la gangrène avec tous ses accidents, auxquels le malade, déjà affaibli, ne résiste généralement pas.

Eléphantiasis des organes génitaux de l'homme. — Comme fréquence il vient après celui des membres inférieurs ; il se montre rarement avant la puberté ; le scrotum, la peau de la verge, le prépuce peuvent être atteints séparément ou simultanément.

Eléphantiasis du scrotum. — C'est le sarcocèle des anciens grecs, la hernie charnue de Alpin, le sarcocèle d'Egypte de Larrey, observé et décrit par Dionis, Cheselden, Morgagni, etc... et sur lequel Clot bey a fait un travail important en 1853.

Le début est habituellement brusque, sans cause appréciable, annoncé par une douleur vive aux testicules et sur le trajet des cordons. Les symptômes généraux sont les mêmes que ceux indiqués dans la description générale. Il est rare que la totalité des bourses soit envahie d'emblée, le plus souvent le début se fait par noyaux ou par plaques indurées. Une fois l'accès fini, l'engorgement persiste tout en diminuant un peu, mais après quelques crises l'accroissement hypertrophique est rapide, surtout si le malade est exposé à des causes d'irritation.

La peau reste rarement lisse ; elle se couvre en général de rugosités, de mamelons et quelquefois de pustules, de croûtes qui, en se détachant, mettent à nu de petits ulcères à écoulement sanieux.

La tumeur peut prendre diverses formes : sphérique, piriforme, aplatie, quelquefois même bilobée. Elle tient par un pédicule épais qui semble prendre insertion au pubis et au périnée. Les éléments du cordon, bien qu'al-

longés, n'ont pas diminué de volume, au contraire, ils participent au travail phlegmasique et s'hypertrophient.

Au début, on peut sentir les testicules, mais bientôt ils sont comme enfouis au milieu de la tumeur, où ils peuvent rester sans altération ou s'atrophier.

La verge, si elle ne participe pas à l'hypertrophie, reste libre quelque temps, mais bientôt elle disparaît dans la masse éléphantiasique, qui lui forme un deuxième fourreau cutané, dont l'ouverture qui donne passage à l'urine ressemble à une vulve.

La peau du pubis se trouvant attirée en bas par le poids de la tumeur, les poils de cette région se trouvent vers la partie antérieure et supérieure de la tumeur ; ils sont comme raréfiés, tellement ils sont distants les uns des autres.

Il est difficile de préciser les limites que peut atteindre l'hypertrophie éléphantiasique des bourses. Les poids connus varient de quelques kilogrammes à 72 kilos ; les plus grandes circonférences peuvent atteindre 2 mètres.

Aux degrés extrêmes, l'éléphantiasis du scrotum constitue une monstrueuse infirmité compatible avec l'existence, mais empêchant parfois tout mouvement. A un moindre degré, ces tumeurs ne gênent pas beaucoup les sujets qui en sont atteints. C'est ainsi que Brassac cite le cas d'un nègre qui continuait son labeur usuel avec un scrotum de dimensions telles que, de temps en temps, fatigué, il s'en servait comme d'un escabeau pour s'asseoir.

Avec des tumeurs si volumineuses, la marche de l'éléphantiasique est singulière : il penche le corps en arrière et, au moment d'avancer, il imprime à la tumeur un mouvement de pendule qui continue jusqu'à ce que le sujet s'arrête.

Les complications inflammatoires sont plus rares que

pour l'éléphantiasis des membres, mais de par son siège et son contenu, l'éléphantiasis du scrotum peut se compliquer d'affections particulières. Les testicules, quelquefois atrophiés, restent généralement sains. L'hydrocèle est tellement fréquente que Esdaile a pu penser qu'elle était la cause de la maladie. Pour Bérenger-Féraud, l'hydrocèle jouerait un rôle protecteur à l'égard des testicules en empêchant leur compression et, par suite, leur atrophie.

Les hernies sont une complication fréquente de l'éléphantiasis scrotal.

Eléphantiasis de la verge, du prépuce. — La verge seule peut être atteinte et acquérir des proportions énormes rappelant le volume du pénis du mulet (Gibert, Voillemier).

Le prépuce peut être pris en même temps que la verge, et dans ce cas, Esdaile compare le volume de la verge à celui d'une trompe d'éléphant, pendante jusqu'aux genoux et terminée par une énorme verrue.

Les corps caverneux et le gland ne participent pas à l'hypertrophie.

Le prépuce peut être atteint isolément et acquérir des dimensions très fortes. Lloyd (de Calcutta) cite un cas où le prépuce pesait 1 kilogramme.

Eléphantiasis des organes génitaux de la femme. — Par ordre de fréquence il occupe successivement les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris. En Egypte, l'éléphantiasis des organes génitaux féminins serait plus fréquent que celui des organes masculins, d'après Godard. Cet auteur dit tenir d'un médecin, mari de la sage-femme de Damiette, que les femmes du pays ont presque toutes les

lèvres énormes, et que leur vulve ressemble volontiers « à une pastèque fendue par le milieu ». Mais les vêtements facilitent une dissimulation à laquelle invite la pudeur, à peu près spéciale à ce sexe. Godard ajoute qu'il a songé à s'enquérir auprès des hommes mais sans succès, et cela ne l'étonne pas, « car, dit-il, ils avaient intérêt à nier la vérité ».

L'éléphantiasis des organes génitaux de la femme est en général peu douloureux, il s'établit le plus souvent sans symptômes généraux appréciables. C'est toujours une infirmité gênante pour la marche, la miction, le coït, l'accouchement, car l'accroissement de ces tumeurs est surtout rapide après la puberté. De plus, la propreté de ces régions devient difficile à entretenir à cause de l'irritation produite par les mucus vaginaux et utérins.

Comme aux autres régions, l'éléphantiasis des organes génitaux féminins peut atteindre des proportions énormes.

Freteau (de Nantes) a enlevé chez une femme de 50 ans une tumeur de la grande lèvre gauche mesurant 33 centimètres de large, 48 de long et 1 m. 29 de circonférence.

L'observation de Talrich rapportée par Delpech est aussi très curieuse : la tumeur partait du mont de Vénus, recouvrait l'entrée du vagin et descendait jusqu'aux genoux ; la malade était obligée pour uriner de relever sur l'abdomen cette sorte de tablier.

Dans le cas de Soutz Amaral (de Rio de Janeiro), la tumeur partait de la grande lèvre droite et descendait jusqu'à terre quand la femme était debout.

Enfin Kugelmann a enlevé un clitoris qui avait le volume d'une tête d'adulte.

Eléphantiasis des mamelles. — Cet éléphantiasis est

très rare et beaucoup de cas cités comme tels ne sont que des tumeurs graisseuses ou glandulaires.

On peut observer deux formes : l'une dure, assez rare, qui ordinairement présente peu de développement ; l'autre molle, un peu plus commune ; c'est elle qui donne lieu à ces tumeurs monstrueuses descendant jusqu'aux genoux et pesant de 20 à 30 kilogs.

L'éléphantiasis de la mamelle présente des symptômes généraux assez accentués ; le début se manifeste par la tuméfaction et la douleur des ganglions axillaires et sus-claviculaires qui accompagnent la lymphangite du sein. Quant à la marche, elle est analogue à celle de l'éléphantiasis des autres régions quoique un peu plus rapide.

Eléphantiasis du membre supérieur. — Celui-ci est encore plus rare que le précédent, puisqu'on en trouve à peine un cas sur 1,000.

Les symptômes généraux sont à peu près les mêmes que pour le membre inférieur : on constate l'engorgement des ganglions de l'aisselle et du ganglion épitrochléen. L'hypertrophie se borne à l'avant-bras et à la face dorsale de la main ; la face palmaire reste indemne comme la face plantaire au pied. Il existe au niveau du poignet deux plis plus ou moins profonds dus à la résistance des ligaments carpiens.

Alard a observé un cas remarquable d'éléphantiasis de l'avant-bras chez une religieuse. Après la mort, le bras, détaché à l'épaule, pesait 150 livres ; ce qu'il y a de plus curieux, c'est que l'hypertrophie s'arrêtait au poignet et que les mouvements des doigts étaient assez bien conservés, malgré le poids énorme du membre, pour permettre des travaux délicats de tapisserie.

Eléphantiasis des autres parties du corps. — C'est exceptionnellement que l'on a observé l'éléphantiasis à la face, au cuir chevelu, à la langue, aux oreilles, au cou, à la poitrine, au dos, à la paroi abdominale, au périnée, à la marge de l'anus.

A la face, il est hors de doute que l'on a confondu souvent le léontiasis de la lèpre et l'acné hypertrophique avec l'éléphantiasis ; cependant certaines observations ont été confirmées par l'examen microscopique.

C'est ainsi que Beck (thèse de Bâle) en a rapporté quatre cas ; Treillais, un cas d'éléphantiasis des deux paupières ; Ricord, deux cas d'éléphantiasis du cuir chevelu.

MARCHE

La marche de l'éléphantiasis est intermittente et chronique. Elle suit ordinairement la marche des accès, mais il n'y a pas rapport constant entre leur fréquence et leur intensité et le degré de développement de la maladie.

Nous avons vu un cas où le développement était devenu monstrueux en trois ans, alors que chez d'autres, cinquante ou soixante accès en une dizaine d'années n'avaient amené qu'une hypertrophie modérée.

Quoi qu'il en soit, après un certain développement, les accès deviennent plus rares et finissent par ne plus déterminer de phénomènes locaux appréciables. L'éléphantiasis est cependant susceptible de s'accroître indéfiniment, soit par accès, soit d'une manière lente et continue.

Il est pourtant des cas où, arrivé à un certain degré, le mal semble s'arrêter et demeurer stationnaire, surtout si les conditions hygiéniques sont assez bonnes.

La durée est difficile à fixer ; tout dépend, nous l'avons dit, de la manière dont le patient supporte son mal et ses complications.

On cite en effet des cas de malades atteints dans leur jeunesse et arrivés à une vieillesse très avancée.

Terminaison. — La guérison spontanée, même au début est exceptionnelle et, dans ces cas, il n'est jamais bien certain qu'on ait eu affaire à un éléphantiasis véritable. La guérison par diverses méthodes médicales est également rare ; on cite cependant des cas qui traités au début par la compression ont guéri sans récidive.

Quant à la guérison radicale par l'ablation des parties malades, elle est fréquente, et c'est là une preuve que l'éléphantiasis est une maladie locale ou tout au moins localisée.

La terminaison fatale est due plutôt à des complications qu'à l'éléphantiasis lui-même.

Pronostic. — D'après tout ce que nous venons de voir, on peut dire que l'éléphantiasis ne compromet pas sérieusement la vie, mais que par son volume et par quelques complications, cette infirmité entraîne une impotence relative.

Arrivé à un degré extrême, il peut, en empêchant les mouvements, déterminer des troubles de nutrition qui contribuent à abréger l'existence. En outre, à toutes ses périodes, il peut se présenter des lésions locales capables d'entraîner la mort : phlébite, phlegmon, gangrène, abcès multiples, lésions osseuses, etc..., dont il est facile de comprendre la pathogénie.

Le pronostic est naturellement plus grave quand la maladie a une tendance à s'étendre, par exemple de la jambe à la cuisse, de la cuisse ou des bourses à la paroi abdominale. Ce redoublement d'infirmités expose à un plus grand nombre de complications.

DIAGNOSTIC

Quand la maladie a acquis un certain développement, c'est-à-dire qu'il y a eu plusieurs accès et que la région hypertrophiée est déformée, le diagnostic ne présente pas de difficulté sérieuse.

Il n'en est pas de même lorsqu'on est en présence des premiers accès qui précèdent l'hypertrophie et la déformation. On ne peut alors que constater une lymphangite assez tenace. Le pays où l'on se trouve, l'absence des causes traumatiques habituelles de la lymphangite, la ténacité de cette infection, son retentissement sur l'état général, enfin les particularités de l'œdème feront penser au début de l'éléphantiasis.

Certains œdèmes peuvent être confondus avec celui qui nous occupe. Les œdèmes brightiques, cardiaques, variqueux, cachectiques sont habituellement bilatéraux et assez mous ; l'œdème éléphantiasique au contraire est toujours unilatéral, au moins au début, il est très dur et ne se laisse pas déprimer par le doigt, il est souvent douloureux sans toutefois retentir sur les ganglions lymphatiques dont il dépend ; enfin les œdèmes dont nous parlons sont ordinairement accompagnés des symptômes de l'affection qui les produit.

L'œdème unilatéral de la phlegmatia alba dolens et des

autres phlébites est particulièrement douloureux, il est mou, on peut sentir le cordon induré de la veine malade et il survient dans des conditions bien différentes de celles qui amènent l'éléphantiasis.

L'éléphantiasis du scrotum a pu être confondu avec des tumeurs du testicule ; dans ce cas, les crises lymphangitiques, l'aspect spécial de la peau, les autres symptômes et la marche des deux affections trancheront aisément la question.

Quant à l'examen du sang, nous verrons plus loin qu'il indique seulement une leucocytose plus ou moins prononcée.

FILARIOSE

Historique. — Depuis près d'un demi-siècle, on avait constaté au Brésil, où l'hématochylurie et les lymphangites sont communes, la simultanéité relativement fréquente des deux affections sur le même sujet.

En 1863, Demarquay trouve dans le liquide d'une hydrocèle chyleuse un nématode embryonnaire qu'il appelle *filaria nocturna*. En 1874, Lewis constate la présence de cet entozoaire dans la lymphe extraite d'une tumeur éléphantiasique. Puis Wucherer, Cunningham, Ch. Robin, Manson, Guyot, etc., retrouvent dans le sang les formes embryonnaires de ce ver. C'est Bancroft qui le premier, en 1876, observa la filaire adulte. Depuis cette époque, de nombreux auteurs se sont occupés de la question, mais c'est à Manson que revient l'honneur de nous avoir bien fait connaître le parasite et ses rapports avec l'affection qui nous occupe.

Le premier travail de Manson date de 1875; depuis, cet auteur fit plusieurs communications, dont la plus importante fut rapportée à l'Académie de Médecine par M. le professeur Blanchard.

Manson compte actuellement six sortes de filaires, dont deux seulement sont importantes au point de vue patho-

logique : la filaria nocturna, forme embryonnaire de la filaria Bancrofti et la filaria perstans.

La distribution géographique de la filaire nocturne est très étendue; ses limites sont : au nord, l'Espagne, en Europe ; Charleston, aux Etats-Unis ; au sud, Brisbane (Australie).

Description. — Examinée dans du sang frais, la filaria nocturna apparaît sous la forme d'un petit organisme transparent, incolore, qui, sans changer matériellement de position sur la lame, s'agite avec une grande activité et déplace constamment les globules qui l'entourent. Peu à peu ces mouvements se ralentissent et on peut alors remarquer que ce ver est long, effilé, avec une extrémité arrondie et l'autre en pointe. Les dimensions sont d'un tiers de millimètre en longueur sur 7 à 8 μ de diamètre.

L'animal est contenu tout entier dans une sorte de sac flexible et homogène à l'intérieur duquel il se meut en avant et en arrière. Cette gaine est plus longue que le ver, de sorte qu'elle pend à chaque extrémité.

A un très fort grossissement, on peut voir que la tête est enveloppée d'un prépuce très délicat et présente six crochets; de temps en temps, on aperçoit une petite pointe extrêmement ténue projetée soudain du sommet de la tête et tout aussitôt rétractée.

Un caractère singulier dans la vie de la filaire embryonnaire est sa périodicité ; le sang périphérique ne contient en effet pas de filaire pendant le jour, mais à mesure que la nuit approche, les filaires commencent à apparaître et leur nombre s'accroît jusque vers minuit. A partir de ce moment les filaires disparaissent peu à peu pour rentrer dans la circulation centrale. Cette périodicité semble avoir

pour cause le sommeil. Mackensie a, en effet, montré que si l'individu porteur de filaires dort le jour et reste éveillé la nuit, les filaires se montreront à la périphérie pendant la journée.

Manson a eu récemment l'occasion de s'assurer que, durant leur absence temporaire de la circulation cutanée, les filaires se retirent dans les gros troncs et surtout dans les poumons. Voici, à ce propos, ce que dit Manson (il s'agit de l'autopsie d'un individu atteint d'éléphantiasis du scrotum et d'adéno-lymphocèle) : « A l'autopsie, faite 6 heures après la mort, on trouva une énorme varice lymphatique occupant le bassin et la partie postérieure de la cavité abdominale. Dans les lymphatiques dilatés un grand nombre de filaires adultes furent trouvées. La distribution des filaires embryonnaires fut étudiée en les comptant dans des gouttes de sang prises par expression des divers organes et aussi dans les coupes de ces organes.

» Moyenne des filaires dans une goutte de sang :

Foie	2/3
Rate	1
Veines humérales .	28
Moelle osseuse . .	0
Muscle cardiaque .	122
Artère carotide . .	612
Poumons	675

» Dans les coupes de poumon les filaires étaient étendues ou diversement enroulées dans les vaisseaux grands et petits. Dans le muscle cardiaque, elles reposaient le long des capillaires entre les fibres musculaires ; dans les reins, elles semblaient affecter spécialement les glomérules de Malpighi ; elles existaient en très petit nombre

dans les capillaires du cerveau ; une grande quantité, au contraire, fut obtenue par raclage de la paroi intérieure de la carotide.

»Les préparations n'apportèrent aucune explication sur la manière dont les filaires arrivent à maintenir leur position dans le courant sanguin ou sur les causes qui déterminent leur distribution particulière.

» Leur absence du foie et de la rate est un fait remarquable. »

Ces filaires embryonnaires ne peuvent accomplir les dernières phases de leur développement dans l'organisme humain, il leur faut un hôte intermédiaire.

Cet hôte est un moustique du genre culex dont la femelle piquant l'homme pendant la nuit, boit du sang filarié. A l'intérieur du moustique l'embryon subit un certain nombre de transformations.

Arrivés dans l'estomac du culex, les filaires perdent assez rapidement leur gaine, puis traversent la paroi stomacale et s'enfoncent dans la paroi musculaire du thorax où l'on peut facilement suivre leur évolution.

Cette évolution dure seize à vingt jours, suivant la température; elle consiste dans la formation d'une bouche, d'un tube digestif et d'une queue trilobée particulière, ainsi que dans une énorme augmentation de volume.

Quand les filaires sont transformées, elles quittent le thorax : quelques-unes trouvent leur voie vers l'abdomen, mais la majorité se dirige vers la portion antérieure de l'insecte par le prothorax et le cou et, pénétrant dans la tête, s'enroule à la base de la trompe et sous le pharynx.

Les parasites peuvent, semble-t-il, rester dans cette position pendant un temps indéfini, attendant, du moins c'est à présumer, une occasion d'entrer dans un vertébré

à sang chaud sur lequel le moustique ira chercher sa nourriture.

Introduite dans le corps humain, la filaire parvient jusqu'aux lymphatiques, là elle atteint sa maturité sexuelle la fécondation s'effectue et, au bout du temps nécessaire, de nouvelles générations de filaires embryonnaires sont répandues dans la lymphe et, par le canal thoracique et la veine sous clavière gauche, lancées dans la circulation sanguine.

Telle est l'évolution de la filaria nocturna ; l'homme est l'hôte définitif, le moustique est l'hôte intermédiaire. Il est manifeste que la périodicité de la filaire est une adaptation des habitudes du parasite aux habitudes nocturnes du moustique.

Formes adultes. — Les filaires adultes se rencontrent rarement dans le sang, elles n'habitent guère que la circulation lymphatique.

La filaire femelle est la plus volumineuse ; les deux tubes utérins, occupant la plus grande partie du corps, sont remplis d'œufs à divers degrés de développement : l'extrémité céphalique est légèrement effilée, l'extrémité caudale plutôt arrondie ; le vagin s'ouvre à peu de distance de la bouche ; l'anus est du côté de la partie caudale.

La filaire mâle est caractérisée par ses dimensions réduites, par sa tendance marquée à demeurer enroulée et par sa queue en vrille dont l'extrémité est brusquement incurvée.

PATHOGÉNIE

Dans la plupart des cas d'infection filarique, le parasite n'exerce aucune influence morbide apparente ; néanmoins, dans une certaine proportion de cas, on ne peut douter de son action qui porte surtout sur le système lymphatique. Les filaires embryonnaires bien développées n'ont, autant qu'on peut l'affirmer, aucune propriété pathologique ; les formes adultes et les embryons imparfaits sont seuls dangereux.

On peut dire que la filariose est le résultat de lésions des troncs lymphatiques et l'on peut concevoir grossièrement deux types de maladie filarique : l'un caractérisé par la varicosité des vaisseaux lymphatiques, l'autre par un œdème plus ou moins dur.

Le processus exact par lequel la filaire cause la maladie n'a pu être établi définitivement et d'une façon sûre pour tous les types de filariose. Il est probable que tantôt un ou plusieurs vers obstruent un gros tronc lymphatique, agissant ainsi comme une embolie ou produisant un thrombus : tantôt le parasite donne lieu à un épaississement inflammatoire des parois du vaisseau causant encore une obstruction par suite de la sténose ou de la thrombose consécutive. Les aires lymphatiques en relation avec les vaisseaux malades se trouvent ainsi séparés

de la circulation générale. On observe alors une augmentation de pression dans les vaisseaux obturés et la production d'un état variqueux de ces vaisseaux, ou bien l'œdème lymphatique apparaît, ou encore la combinaison de ces deux lésions.

Ces varices lymphatiques peuvent atteindre de fortes dimensions et si, par suite d'une cause quelconque une telle varicosité se rompt, elle produira, suivant les régions, le lymphoscrotum, l'adénolymphocèle, la chylurie, l'hydrocèle chyleuse, l'ascite chyleuse, l'éléphantiasis.

La première condition pour que l'éléphantiasis se produise est donc la stase lymphatique; cette stase est due, pour Manson, à l'embolie produite dans les ganglions de la région par des œufs de filaires. La filaire adulte peut en effet avorter sous l'influence de causes qui nous échappent encore, et, au lieu de lancer dans la circulation des embryons souples, actifs et capables de se répandre dans tout l'organisme, elle produit des sujets dépourvus de motilité, incapables de traverser les ganglions lymphatiques lorsque, mis en liberté et entraînés par la lymphe, ils parviennent à ces ganglions.

La stase lymphatique suffit-elle pour produire un état éléphantiasique? la clinique et l'expérience sont ici en désaccord. Follet rapporte en effet le cas d'un éléphantiasis du scrotum et de la verge consécutif à l'extirpation des ganglions iliaques et inguinaux; Brouardel a également publié quelques observations semblables; or, lorsqu'on pratique des ligatures sur des troncs lymphatiques importants, il ne s'ensuit pas l'éléphantiasis, mais une variété d'œdème dur. On est donc amené à supposer que l'infection entre en jeu et que si une zone de congestion lymphatique vient à s'enflammer, ce qui peut

arriver à la suite du plus léger traumatisme, l'éléphantiasis se produira.

Voici, brièvement résumé, le processus de formation de l'éléphantiasis, d'après Manson : 1° présence de filaires femelles adultes dans le système lymphatique d'une région quelconque ; 2° circonstance défavorable à la filaire ; 3° expulsion prématurée des œufs ; 4° embolie des ganglions lymphatiques de la région ; 5° stase lymphatique ; 6° lymphangite produite par un traumatisme ou par toute autre cause au niveau de la région congestionnée ; 7° résorption imparfaite des produits inflammatoires ; 8° attaques récurrentes d'inflammation conduisant à une hypertrophie de la partie atteinte.

Cette explication est évidemment un peu théorique et on peut lui opposer le fait expérimental suivant, à savoir qu'on trouve rarement des filaires dans le sang des éléphantiasiques, mais d'autres raisons d'une certaine valeur militent en faveur de cette théorie et permettent de rattacher l'éléphantiasis à la filariose.

La distribution géographique de la filária nocturna et celle de l'éléphantiasis correspondent exactement : où abonde la filaire, abonde aussi l'éléphantiasis et vice versa.

Les varices lymphatiques de la filariose et l'éléphantiasis se produisent non seulement dans les mêmes régions, mais encore coïncident fréquemment chez le même individu.

Le lymphoscrotum, manifestation filarique non douteuse, aboutit très souvent à l'éléphantiasis du scrotum.

Les varices lymphatiques de la filariose et l'éléphantiasis vrai s'accompagnent d'une lymphangite récurrente du même type. Ces deux affections sont trop souvent asso-

ciées et ont trop d'affinités entre elles pour que leur cause ne soit pas commune.

Telle est, en résumé, la théorie (on a dit le roman) de la filaire dont Manson est le principal auteur. Les objections n'ont pas manqué et ne manqueront pas tant que la théorie ne sera pas inébranlable sur tous les points. Plusieurs de ces objections sont tombées à mesure que les observations ont été plus complètes et plus nombreuses. Maintenant il ne reste que deux reproches importants à faire à cette explication : on trouve rarement la filaire dans le sang des éléphantiasiques, on observe l'éléphantiasis dans des régions où la filaire est inconnue. Cette dernière objection a une grosse valeur et nous verrons qu'elle sert de base à une autre théorie pathogénique ; quant à la première, on peut lui répondre ou plutôt l'expliquer de plusieurs façons.

On ne trouve pas de filaire dans le sang des éléphantiasiques pour plusieurs raisons :

1° Ces filaires ont pu mourir ; au début de l'éléphantiasis, en effet, on observe toujours un certain nombre de crises lymphangitiques très aiguës, pendant lesquelles on peut trouver dans le membre atteint une grande quantité de streptocoques. Sabouraud a fait des cultures pures de streptocoques avec le liquide obtenu par scarification des régions atteintes dans tous les cas d'éléphantiasis qu'il a observés. Cet état inflammatoire évidemment grave peut suffire pour tuer les filaires.

2° Si l'on n'a pas trouvé fréquemment le parasite dans le sang, on l'a trouvé plus souvent dans la circulation lymphatique et surtout dans les ganglions ; mais cette recherche très délicate n'est pas à la portée de tous les observateurs, aussi ce fait doit-il être pris en considération.

3° Il peut y avoir des filaires dans le sang, mais en très petit nombre, ce qui rend l'examen très difficile et surtout très long.

4° Enfin dans certains cas (Moncorvo) on ne trouve que des filaires du même sexe, il ne peut donc y avoir de reproduction et par conséquent le nombre des filaires ne tardera pas à devenir nul.

D'autres théories ont été proposées pour expliquer le développement de l'éléphantiasis sans faire intervenir la filaire. La plupart peuvent être rejetés facilement, ce sont celles qui se basent sur l'hygiène, le froid, la race, etc.

La théorie de l'éléphantiasis variqueux est plus importante et s'appuie sur des faits incontestables : l'éléphantiasis peut s'observer dans des régions où la filaire est inconnue, il se développe sur des membres variqueux soit seul, soit précédé ou accompagné de dermites variées. Pour les défenseurs de cette manière de voir, voici quelle serait l'évolution pathogénique de l'affection : varices veineuses profondes puis superficielles, phlébite et périphlébite, lymphangite, stase lymphatique, varices lymphatiques, dermites ou non et enfin éléphantiasis. De nombreuses observations rapportées principalement par Jeanselme, Follet, Gaucher viennent étayer cette théorie à laquelle on n'a rien à reprocher si ce n'est que l'éléphantiasis dit variqueux diffère de l'éléphantiasis des Arabes sur beaucoup de points.

L'éléphantiasis filarien a en effet une évolution et des symptômes particuliers : il débute brusquement par une lymphangite grave qui envahit une région absolument saine ; il marche par paroxysmes plus ou moins éloignés les uns des autres ; il peut se développer sur tous les points du corps ; quand il atteint un membre il reste habituellement unilatéral, au moins au début ; enfin quand

l'hypertrophie et la déformation sont arrivées à un certain degré, les poussées lymphangitiques disparaissent.

L'éléphantiasis variqueux, au contraire, se développe toujours sur des membres variqueux ; les paroxysmes sont peu marqués et la lymphangite ne disparaît jamais complètement ; on ne le rencontre qu'aux membres inférieurs où il touche habituellement les deux jambes ; enfin le volume des membres de cette variété n'atteint jamais celui de la première.

Dans nos conclusions on verra ce que nous pensons sur ce point.

Quant à l'éléphantiasis névropathique signalé par Desnos, Arnozan, Souques, Thibierge, Darier, il faut probablement le rattacher à des troubles trophiques dus à l'hystérie ou à toute autre maladie du système nerveux.

TRAITEMENT

Le traitement de l'éléphantiasis est prophylactique, palliatif ou curatif.

Peut-on prévenir la maladie ou l'enrayer à son début? Duchassaing est affirmatif sur ce point : « J'ai connu, dit-il, des malades frappés par l'éléphantiasis qui, ayant émigré aux Etats-Unis, ont vu leur mal s'arrêter, quelquefois même disparaître. »

La prévention de la filariose se résout dans la protection contre les piqûres de moustiques. Les individus atteints de filariose doivent être regardés comme une source de dangers pour eux-mêmes et pour la communauté et forcés à dormir sous un moustiquaire.

Il ne faut naturellement pas oublier la prophylaxie générale qui consiste en l'amélioration des conditions sociales des peuples vivant dans la misère, en une hygiène publique bien entendue (nettoyage des rues, écoulement facile des eaux, drainage des sols marécageux) et bien surveillée au point de vue de la propreté générale.

Le traitement palliatif ou curatif varie nécessairement suivant la période de la maladie, suivant son siège et aussi ses complications.

Pendant un accès, il n'y a qu'à appliquer le traitement d'une lymphangite ordinaire : repos au lit, pansements humides, calmants s'il y a lieu, traitement général.

La saignée préconisée autrefois par Rayer est maintenant abandonnée, de même la quinine, les vésicatoires, l'iodure de potassium, les préparations arsenicales et le soufre.

Quand l'éléphantiasis est arrivé à un certain degré de développement, les médecins égyptiens auraient obtenu de bons résultats avec les scarifications ; mais l'amélioration a toujours été passagère et ce moyen doit être réservé aux cas extrêmes et très anciens, car il peut devenir le point de départ d'ulcérations ou de nouvelles poussées inflammatoires. Ces scarifications et incisions sont cependant encore très utilisées au Malabar.

Mestre, ancien médecin militaire d'Algérie, avait imaginé un traitement consistant en massages et bains de vapeur, mais il n'obtint pas de résultats bien satisfaisants.

Le traitement par la compression est très ancien, puisqu'il remonte au premier auteur qui a bien décrit l'éléphantiasis, à Rhazès. « Il convient, dit ce médecin, d'entourer le membre d'un bandage depuis le talon jusqu'au genou... », et plus loin « ...il faut aussi que le malade ne se tienne debout qu'après avoir la jambe exactement bandée ».

La compression méthodique remplit les indications fournies par l'anatomie pathologique et la physiologie. Il y a stase lymphatique persistante, d'où affaiblissement notable de la tonicité vasculaire ; la compression doit prêter appui aux vaisseaux, remédier à leur insuffisance, dissiper ou modérer la stase en faisant refluer dans la circulation les liquides stagnants ; elle doit, de plus, diminuer l'apport du sang, c'est-à-dire la nutrition du membre, amenant ainsi, dans une certaine mesure, la répression des éléments hypertrophiés.

Pour cette compression il faut naturellement employer

le bandage élastique qui, se resserrant à mesure que les tissus cèdent, continue son action uniforme et égale tant qu'il est bien appliqué.

Avant d'appliquer le bandage, il faut préparer la région, débarrasser la peau de ses amas épidermiques au moyen de pansements humides, de bains tièdes, de corps gras.

La bande de caoutchouc peut être appliquée directement sur la peau ou mieux avec l'intermédiaire d'une couche d'ouate maintenue par quelques tours de tarlatane. Avec la couche d'ouate, on donne au membre une forme bien cylindrique permettant une application régulière, et la compression est mieux supportée. Il y a des cas pourtant où l'on peut recourir à l'application à nu ; si le malade la supporte bien, il bénéficie de l'action du caoutchouc sur la peau plus ou moins altérée.

La compression élastique ne doit pas être faite pendant un accès, elle doit être surveillée et enlevée si un accident survient.

C'est un traitement de plusieurs mois, d'une année même, et à l'enlèvement définitif du bandage, il y a lieu de le remplacer par des bas élastiques. Un traitement aussi long décourage malheureusement les malades, et beaucoup demandent l'enlèvement du caoutchouc dès qu'une amélioration satisfaisante est obtenue ; c'est probablement à cette circonstance qu'est dû le peu de cas de guérison complète par cette méthode, dont plusieurs observations (Verneuil, Brassac) montrent le degré de puissance.

La ligature de l'artère principale du membre, imaginée par Labat, chirurgien des armées du vice-roi d'Egypte, vers 1820, fut reprise 30 ans plus tard par Carnochan, de New-York et après lui par les chirurgiens américains.

Cette opération n'est bonne qu'au point de vue théori-

que, car, pratiquement, quelque temps après la ligature de l'artère principale, la circulation collatérale s'est tellement développée, que l'afflux sanguin devient égal à ce qu'il était auparavant. C'est dire que l'opération n'a pas donné les résultats qu'on en attendait.

Le traitement par l'électricité a été surtout employé par les médecins brésiliens, qui n'ont eu, paraît-il, qu'à s'en féliciter au début. Ils obtenaient ainsi des résultats remarquables qui, malheureusement, ne furent que passagers.

La méthode sclérogène est maintenant délaissée.

Dernièrement, Aberastury (de Buenos-Ayres), a obtenu une guérison certaine par la médication thyroïdienne, après avoir essayé vainement presque tous les moyens connus.

Quand toutes les médications ont échoué, on peut, dans certains cas, proposer au malade l'amputation ou l'extirpation. Quand l'intumescence devenue énorme empêche tout mouvement, tout déplacement et, par suite, tout travail, quand elle est le siège d'ulcères profonds, de lésions osseuses, de douleurs atroces, de suppuration épuisant le malade pour lequel la vie devient un lent martyre, on peut et même on doit proposer l'amputation.

Les récidives et les accidents si redoutés autrefois par les chirurgiens, ne sont plus à craindre maintenant avec les progrès de l'antisepsie ; ces amputations sont certainement moins graves et exposent à moins d'insuccès que la plupart des opérations abdominales.

Depuis quelques années on a tenté de réduire les éléphantiasis des membres en enlevant de véritables quartiers de tissu hypertrophié. Ce n'est là qu'un traitement purement palliatif qui permet au malade de voir son membre revenu à des proportions normales, mais qui n'empêchera

nullement l'éléphantiasis de continuer sa marche envahissante.

On peut cependant avoir recours à ce moyen lorsque le malade veut conserver son membre et que les ulcérations n'ont pas abîmé la peau. Il est inutile d'ajouter que cette opération, avant d'être pratiquée, doit être bien décrite au patient et que celui-ci doit bien savoir que le traitement auquel on va le soumettre sera purement palliatif.

Cette opération très simple consiste à enlever sur le membre malade des lambeaux de tissu hypertrophié en forme de quartiers d'orange ; on réunit ensuite les bords des brèches ainsi faites et l'on arrive, en mesurant soigneusement ses incisions, à donner au membre un volume à peu près normal. Cette méthode constitue certainement le procédé de choix pour l'éléphantiasis des grandes lèvres.

L'éléphantiasis des bourses ressort également de la chirurgie active, qui seule a chance d'être efficace. Il faut dans ces cas pratiquer l'ablation complète des enveloppes scrotales ; toutes les tuniques, y compris la vaginale, doivent être enlevées.

Voici le résumé rapide du procédé de Mohammed Ali bey d'après la thèse que son fils a publiée sur ce sujet :

1° Si les testicules et les cordons ne sont pas adhérents et si la paroi libre peut être attirée au dehors de l'espèce de canal urinaire formé par le scrotum et le fourreau de la verge replié sur lui-même, l'opérateur refoule les testicules contre les anneaux inguinaux et les fait maintenir par un aide ; puis, plongeant un couteau à deux tranchants au-dessus de la racine de la verge tirée en dehors, il fait par transfixion deux lambeaux latéraux suffisants mais taillés en peau saine. Les ligatures pratiquées, l'aide chargé de maintenir les testicules lâche prise et l'opéra-

teur renferme ces organes dans le nouveau scrotum qu'il réunit par quelques points de suture.

2° Si les testicules sont adhérents, il faut faire deux profondes incisions à deux travers de doigt des arcades crurales et dirigées de telle sorte que les cordons spermatiques sont mis à découvert par des plaies parallèles à leur direction. Ayant reconnu les cordons, on les isole de la masse en procédant de haut en bas et l'on arrive ainsi aux testicules qui sont dégagés avec précaution. Après avoir relevé ces organes sur la région pubienne, on tire également la verge en haut et l'on taille en peau saine deux lambeaux pour recouvrir ces organes.

Le point délicat de cette opération est de trouver de la bonne peau pour recouvrir la verge ; si en effet on laissait celle-ci se recouvrir elle-même, on aurait à craindre des brides cicatricielles qui, vu leur siège, seraient gênantes pour l'individu.

Cette intervention donne des succès durables ; Mohammed Ali bey n'a eu qu'un revers sur 180 opérations. Dans le cas d'éléphantiasis des bourses on doit donc toujours enlever ces parties hypertrophiées « qui constituent une infirmité insupportable, empêchent tout travail, toute relation sociale, privent les sujets de la virilité ou même les réduisent à l'impuissance, malgré la conservation des organes génitaux, le plus souvent indemnes de toute lésion ».

OBSERVATIONS

Observation première

Due à l'obligeance du regretté docteur G. Marchant).

Il s'agit d'un malade entré dans le service de M. G. Marchant pour un gonflement considérable de la verge qui est apparu il y a un an environ, précédé par de violentes démangeaisons dans la région inguinale. En même temps, la peau de la verge présentait de petites vésicules blanches ; il y avait aussi à la racine des bourses un léger œdème disparaissant par le repos. Bientôt la verge devint tuméfiée et violette. Sous l'influence de pansements humides le gonflement disparut en 15 jours ; il ne persistait qu'une légère induration à la partie inférieure de l'organe.

Cette guérison dura 2 mois et demi environ ; puis, le gonflement reparut, sans cause, comme la première fois.

Le malade entra alors dans le service du professeur Dieulafoy où on le traita par les diurétiques et les pansements humides Au bout de trois semaines, le gonflement disparut, mais la verge resta plus grosse qu'avant.

Six mois se passent ainsi sans nouvelle rechute, le sujet urine bien, le jet est rectiligne, le coït possible et non douloureux. Au bout de ce temps, le gonflement reparaît encore. Le malade fut traité cette fois par le baume du Pérou, des applications de tannin et de glycérine. Ce trai-

tement ne réussissant pas, on pratique pendant six semaines des mouchetures sur la verge, à raison de dix mouchetures par semaine. Malgré cela, la verge reste enflée et le malade se décide à entrer dans le service de chirurgie de M. Marchant.

A ce moment la verge est déformée et très enflée, la peau est un peu violacée et présente les traces des mouchetures. L'extrémité du prépuce est tuméfiée et beaucoup plus volumineuse que la racine de la verge. Cette extrémité se termine par deux bourrelets œdémateux qui s'affrontent et dissimulent complètement le méat, on ne voit pas du tout le gland. Le malade ne peut découvrir l'extrémité du gland, même en refoulant les tissus ; il pisse en pomme d'arrosoir ; après la miction il reste de l'urine dans le prépuce, ce qui souille constamment son linge. Les érections ne sont pas douloureuses, mais le coït est impossible.

Le scrotum est légèrement œdémateux, la peau de la racine de la verge, un peu violette, glisse encore sur les plans profonds.

L'état général est bon, malgré une légère obésité ; il y a un peu d'œdème des jambes mais pas de varices.

Les urines sont normales.

Rien au cœur ; léger emphysème pulmonaire. Foie et rate normaux.

Pas de filaire dans le sang. Pas de syphilis.

Le malade est opéré le 16 janvier 1901.

On taille en peau saine deux lambeaux et, après l'excision de la partie hypertrophiée, on suture les lambeaux à la muqueuse prépuciale qui est absolument saine. Suites normales.

4 mois après, le sujet se considère comme guéri, il

urine bien, peut se livrer au coït sans douleur et se déclare enchanté.

Observation II

(Prise à l'hôpital Sadiki)

Le nommé Mohammed .. entre à l'hôpital le 31 octobre 1902, pour impotence fonctionnelle de son membre inférieur droit.

Aucun renseignement sur sa famille. Lui, âgé de 40 ans, déclare n'avoir jamais été malade.

Son membre inférieur droit est hypertrophié et très dur ; on ne peut, en effet, obtenir de godet en pressant avec le doigt. La jambe est violacée par places et semble être le siège d'une lymphangite intense. Les ganglions inguinaux sont perceptibles mais non douloureux.

Ni sucre, ni albumine. — Organes normaux.

L'état général est cependant assez touché : la langue est très sale, la soif vive, la constipation opiniâtre.

Pendant huit jours, le malade a une fièvre oscillant entre 38° et 39°, accompagnée de frissons et de sueurs abondantes.

Pendant la semaine suivante, les oscillations fébriles diminuent d'amplitude, mais un mois après seulement, la température reste normale et l'état général s'améliore.

Entre temps, on a traité cette lymphangite œdémateuse par de simples pansements humides ; peu à peu, le membre diminue de volume et la peau devient plus souple. Les mouvements sont devenus possibles, mais sont encore douloureux.

Après une série de massages, le malade marche à peu près convenablement. Il quitte l'hôpital après un séjour de deux mois et demi.

Sa jambe droite est plus volumineuse que l'autre, mais la peau a repris sa souplesse normale.

Examen du sang : 4.856.000 globules rouges ; 7.520 globules blancs : 62 polynucléaires, 23 mononucléaires, 14 lymphocytes, 1 éosinophile.

On ne trouve pas de filaire dans trois examens de sang successifs.

Observation III

Prise à l'hôpital Sadiki

Le nommé Brahim..., âgé de 50 ans, entre à l'hôpital le 16 novembre 1902, se plaignant d'accès fébriles et de douleurs dans son membre inférieur droit. Il a eu auparavant trois crises semblables, qu'un médecin arabe traita par des cautérisations et des saignées Ces crises durèrent à peu près un mois chacune, et la gêne que le premier accès lui laissa à la jambe augmenta après les deux autres.

L'accès actuel dure déjà depuis trois semaines ; le malade s'est purgé et fait saigner plusieurs fois, mais cela n'a pas empêché la jambe de grossir et la fièvre de se maintenir assez élevée. Cette fièvre est continue avec une légère exacerbation vespérale, exacerbation qui s'accompagne souvent de frissons violents. La quinine n'a aucune action.

La jambe droite est plus grosse que la cuisse ; elle est rouge et parcourue de traînées lymphangitiques ; les ganglions inguinaux sont indolores, les mouvements impossibles. La peau violacée est très tendue et l'on ne peut y introduire le doigt. Au dire du malade, cette lymphangite est venue seule, sans plaie occasionnelle, absolument comme les trois autres.

Les organes sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Examen du sang : 4,929,000 globules rouges ; 7,750 globules blancs ; 63 polynucléaires, 22 mononucléaires, 14 lymphocytes, 1 éosinophile. La filaire fut recherchée quatre fois sans succès.

Ce malade fut traité comme le précédent par les pansements humides, la diète lactée et le repos absolu.

Une série d'injections d'huile biiodurée ne fit aucun effet.

Au bout de deux mois, le malade commence à marcher et demande bientôt à s'en aller.

Sa jambe droite a très peu diminué de volume ; elle est aussi grosse que la partie moyenne de la cuisse, mais les mouvements sont libres.

Observation IV

(Prise à l'hôpital Sadiki)

La nommée Manoubia..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital le 20 juin 1903, pour éléphantiasis des grandes lèvres.

Cette jeune fille a constaté que, depuis deux ans, ses grandes lèvres grossissaient et que la marche lui devenait de ce fait de plus en plus pénible. Des matrones indigènes qu'elle consulta, lui ont fait des scarifications sans aucun résultat.

Actuellement ses grandes lèvres forment deux bourrelets volumineux, mesurant 10 centimètres environ depuis leur insertion jusqu'au bord libre ; ces organes sont rougeâtres à leur face interne et légèrement douloureux, ce

qui est probablement dû à une abondante leucorrhée qui la souille constamment. Sur leur bord libre et leur face externe, les lèvres ont un aspect rugueux et semblent hérissées de papilles.

Les petites lèvres, le clitoris et l'hymen sont normaux.

La malade a, de plus, une adénite cervicale d'origine tuberculeuse ; ses organes sont normaux.

L'examen du sang, fait à quatre reprises différentes, ne décèle pas de filaire.

Aussitôt après la guérison de la leucorrhée, on pratiqua l'opération ; celle-ci consista en l'ablation des grandes lèvres qui furent enlevées comme des quartiers d'orange.

Suites normales. La malade sort de l'hôpital le 30 juillet, dix jours après l'opération.

Observation V

(Inédite)

La nommée Lilla..., âgée de 57 ans, est atteinte d'éléphantiasis de la jambe gauche depuis très longtemps. D'après elle, sa mère avait la même maladie et mourut « avec la jambe plus grosse que la tête ».

La malade fit dans sa jeunesse un pélerinage à la Mecque et à son retour fut prise d'accès de fièvre qu'elle rapporta au paludisme. Comme ces accès ne duraient pas longtemps et ne se manifestaient que deux ou trois fois par an, la malade n'y faisait pas grande attention et ne s'en inquiétait pas. Après chaque accès fébrile, sa jambe augmentait de volume en la faisant légèrement souffrir ; elle consulta diverses matrones arabes qui la soumirent à des traitements aussi variés qu'inutiles. Pendant ce

temps, le membre grossissait et se déformait. Les accès fébriles et les crises lymphangitiques s'espacèrent peu à peu pour disparaître complètement.

Actuellement, cette femme est un peu obèse mais se porte bien; sa jambe gauche est énorme et ressemble absolument à une jambe d'éléphant; elle mesure 53 centimètres à la partie moyenne et 49 à la partie inférieure, c'est dire qu'elle ressemble à un poteau cylindrique.

Le pied est recouvert par un gros bourrelet, la peau est rugueuse, parsemée de saillies mamelonnées séparées par des plis transversaux.

Malgré le volume de cette jambe, la malade ne souffre pas et peut vaquer à ses occupations d'intérieur.

Cœur normal; léger emphysème pulmonaire.

Il est impossible d'examiner le sang la nuit; nous obtenons à grand'peine la permission d'en prendre quelques gouttes pour faire la numération des globules : nous trouvons 3.856.000 globules rouges et 6.782 globules blancs dont 63,5 polynucléaires, 20,5 mononucléaires, 15 lymphocytes, 1 éosinophile.

Observation VI

(Inédite)

Il s'agit d'un sellier arabe atteint d'éléphantiasis de la jambe droite depuis dix ans. Cet éléphantiasis a procédé normalement par poussées lymphangitiques accompagnées de fièvre; chaque année ce malade a deux ou trois accès qui diminuent peu à peu d'intensité à mesure que l'hypertrophie augmente.

En ce moment le malade a un accès et déclare ne pas en souffrir, la fièvre très légère ne le prend que le soir,

elle ne s'accompagne ni de frissons ni de sueurs. L'état général est très bon. Localement la lymphangite est à peine marquée.

Bien que durant depuis dix ans, l'éléphantiasis n'a pas beaucoup déformé la jambe qui mesure 46 centimètres au niveau du mollet dont le relief se voit encore un peu. La peau est tendue, rouge, luisante mais non douloureuse ; sur le dos du pied on voit une petite phlyctène qui ne contient que très peu de liquide.

L'examen du sang et de la lymphe fut fait par le docteur Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, et ne décela aucune filaire.

On compta 4,999,000 globules rouges pour 7,656 globules blancs : 65,5 polynucléaires, 18,5 mononucléaires, 14,5 lymphocytes, 0,5 éosinophile.

Comme traitement nous donnons à ce malade, suivant les conseils du docteur Nicolle, un peu d'arsenic à l'intérieur et nous lui faisons la compression élastique de sa jambe.

Comme on peut le voir, ces six observations ne présentent rien de bien spécial ; les deux premières sont intéressantes parce qu'elles indiquent le début de l'éléphantiasis ; traitée énergiquement par la compression, l'affection doit avoir quelque chance de s'arrêter quand on la prend à ce premier stade, malheureusement les deux malades dont nous avons parlé n'ont pas voulu tenter cette expérience pourtant bien naturelle.

Le fatalisme des musulmans est à ce point de vue extraordinaire pour des européens ; bien que nous ayons relaté seulement six observations, nous avons vu, durant notre séjour à Tunis, le double éléphantiasis sans compter celui des grandes lèvres. Sur ces douze malades, onze ont

refusé tout traitement devant durer longtemps ; ils acceptaient volontiers les médicaments, les cautérisations, les scarifications, voire même une opération, mais refusaient énergiquement de garder la jambe bandée pendant quelques mois. Seul, le sellier arabe dont nous parlons à l'observation VI a accepté ce mode de traitement que nous avons commencé vers le 10 décembre dernier, trop tôt encore pour en connaître le résultat.

Les différents examens de sang que nous avons faits n'ont pas grande signification, ils indiquent simplement une légère leucocytose et nous sommes loin de l'éosinophilie signalée par J. Renault, qui, sur plusieurs éléphantiasis, aurait trouvé 10 et même 12 °/₀ d'éosinophiles.

CONCLUSIONS

Il existe deux variétés d'éléphantiasis absolument différents l'un de l'autre, mais reconnaissant dans leur évolution pathogénique un terme commun, la stase lymphatique.

Le premier de ces éléphantiasis, celui qui a été décrit par Rhazès, ne s'observe que dans les régions tropicales et circatropicales.

Ses rapports avec la filariose sont probables, mais on ne peut encore affirmer que l'un est la conséquence directe de l'autre.

Le deuxième type peut se rencontrer dans toutes les régions et reconnaît comme cause les varices veineuses.

Ces deux variétés suivent une évolution différente pour aboutir l'une et l'autre au même résultat, c'est-à-dire l'hypertrophie et la déformation des régions atteintes.

BIBLIOGRAPHIE

Clot-bey. — Mémoires de la Société de chirurgie, 1855.
Velpeau. — Gazette des hôpitaux, 1852.
Mohamed Ali bey. — Thèse de Paris, 1864.
Wucherer. — Gazette médicale de Bahia, 1868. Trad. *In* Archiv. de méd. navale, 1870, t. III.
Barallier — Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques, 1870.
Manson. — Remarks on lymphoscrotum, elephantiasis and chyluria, China customs and reports, 1875.
— The metamorphosis of filaria sanguinis in the mosquito (Hong-Kong, 1877).
Lewis. — Filaria sanguinis hominis. Lancet, 1877.
Königer. — Uber elephantiasis auf Samoa, 1879.
Barth. — De la filaire du sang. Annales de dermatologie, 1881.
Cornil. — Bulletin de la Société anatomique, 1883.
Manson. — The filaria sang. hominis and certain new forms of parasit in India, China and warm countries. London, H. K. Lewis, 1883.
Le Dentu. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1884.
Brassac.—Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1886.
W. Mastin. — The history of the filaria sang. hominis, 1888.
Jeanselme. — Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations des membres variqueux. Thèse de Paris, 1888.
Lancereaux. — Communication à l'Acad. de méd., septembre 1888.
Arnozan. — Leçons cliniques sur l'éléphantiasis. Journal de méd., Bordeaux, 1888-89.
A. Souques. — Un cas d'éléphantiasis symétrique du pied et de la jambe. Nouvelle iconographie de la Salpétrière, 1890, p. 281 à 288.

RICHARDIÈRE. — Sur un cas d'éléph. nostras. Arch. Dermatologie, 1891, p. 56.

CASTERA. — Rapports de l'éléph. avec la filaire du sang. Thèse de Paris, 1891-92.

MANSON. — Les trois espèces de filaires. Revue d'hygiène et de police sanitaire 1891 (Congrès d'hyg.).

SABOURAUD. — Parasitologie de l'éléph. nostras. Annales dermat., 1892.

MANSON. — Communication Académie de médecine, 1894.

CEGAN. — Rapports de l'éléph. exotique avec filaire du sang. Thèse de Paris, 1893-94.

THIBIERGE. — Pseudo-éléph. névropath. et hystérie. Bull. des hôp. de Paris, 1893-94.

FOLLET. — Pathogénie de quelques états éléphant. Th. de Paris, 1895.

LAURIER. — Œdème éléph. névropath. Thèse de Paris, 1896-97.

VERHAEREN. — Eléphantiasis filarien. Thèse de Paris, 1896.

GASTOU. — Eléphantiasis du bras gauche. Ann. dermat., 1897, t. VIII.

GAUCHER. — Leçons sur les maladies de la peau, 1898.

SCHWARTZ et MARIE. — Anat. pathol. de l'adéno-lymph. Soc. méd des hôp., 1898.

GUILLEMIN. — Pathogénie de l'éléph. avec varices lymphat. Thèse de Paris, 1898-99.

J. RENAULT. — Eosinophilie dans l'éléph. Soc. de Biologie, 1899.

CORRE. — Maladies des pays chauds.

LE DENTEC. — Pathologie exotique.

BROCA. — Art. Eléphantiasis *in* Traité de chirurgie.

RECLUS. — Art. Organes génitaux de l'homme *in* Traité de chirurgie.

P. MANSON. — Maladies des pays chauds.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 17 mars 1904
Le Recteur,
BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 17 mars 1904
Le Doyen,
MAIRET.

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI. — 3-1175

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !